Gouvernement du Québec
Conseil du statut de la femme

LA QUESTION DE L'AVORTEMENT AU QUÉBEC

Décembre 1988

Document adopté par le Conseil du statut de la femme à sa réunion le 1er décembre 1988.

Susanne Fontaine
Eric Laplante
Marie Rinfret
Conseil du statut de la femme
Décembre 1988

Québec:
8, rue Cook
3ième étage, bureau 300
Québec, G1R 5J7

Montréal.
1255, place Philippe,
Suite 708,
Montréal H3B 3G1

91-03612/

Révision linguistique : Micheline Asselin

Dépôt légal : 3e trimestre 1988
ISBN : 2-550-19052-1
Bibliothèque nationale du Québec

PRÉAMBULE

Depuis sa création, le Conseil du statut de la femme a envisagé la question de l'avortement dans une perspective plus large visant à assurer aux femmes le contrôle sur leur vie reproductive. Il a pris des positions officielles à cet égard.

En 1978 dans la politique d'ensemble "Pour les Québécoises, égalité et indépendance", le CSF soulignait l'importance à la fois individuelle et sociale que joue la maternité dans la lutte que mènent les femmes et réclamait pour celles-ci le droit de choisir de vivre ou non un tel événement. Dans cette perspective, le Conseil recommandait de "laisser aux femmes la décision d'avoir recours à l'interruption volontaire de grossesse et [de] leur offrir les services qui leur permettent de réaliser leur choix"[1].

Le Conseil précisait la relation existant entre l'accessibilité de méthodes contraceptives efficaces et le recours des femmes à des procédures médicales telles que l'avortement. Comme il l'affirmait, tant et aussi longtemps que des formes adéquates de contraception ne seront pas disponibles, c'est-à-dire tant que les femmes ne seront pas à même de choisir le moment de leur grossesse, l'avortement devra être considéré comme un moindre mal, comme un deuxième recours. Conscient des risques que tout retard dans l'interruption d'une grossesse entraîne pour la santé physique et mentale de la femme enceinte, le Conseil demandait aussi que les avortements soient pratiqués dans des conditions et des délais respectueux du bien-être des femmes qui y ont recours. Il soulignait également "la nécessité de mettre sur pied des cliniques d'interruption de grossesse afin d'éviter aux femmes des grossesses non désirées ou des avortements onéreux et parfois dangereux"[2].

---

1. Pour les Québécoises, égalité et indépendance, Éditeur officiel, Québec, 1978.
2. Pour les Québécoises, égalité et indépendance... cinq ans après, CSF, p. 101.

Dans le bilan des actions gouvernementales qu'il traçait en 1984 faisant suite aux recommandations de la politique d'ensemble, le Conseil, tout en réaffirmant la valeur de ses principes, mentionnait le développement par le ministère des Affaires sociales d'un réseau de cliniques de planification des naissances couvrant toutes les régions du Québec.

En juin 1986, le CSF faisait part de ses recommandations à la Commission sur les services de santé et les services sociaux. Il demandait notamment "que le gouvernement fasse des pressions pour faire abroger les articles 251 et 252 du Code criminel afin de décriminaliser l'avortement."

Tout en rappelant à la Commission que l'avortement sera toujours pour les femmes une décision déchirante et qu'il ne devrait jamais représenter un moyen de contraception, le Conseil précisait également les principes sur lesquels s'appuient ses recommandations :

- "- Le respect de la décision des femmes;
- "- L'accueil adéquat des femmes qui recourent à des services d'avortement, y inclus la possibilité d'obtenir une consultation psychosociale;
- "- L'accès à des services d'avortement sans surmédicalisation et garantissant la santé des femmes et la réduction maximale des délais entre la demande d'avortement et le service."

Au cours de ses travaux sur les nouvelles technologies de la reproduction, le Conseil énonçait dans une double perspective, féministe et humaniste, les principaux enjeux à considérer en regard des NTR et réaffirmait ses deux principes : celui de l'autonomie reproductive des femmes et celui de leur intégrité physique.

En 1988, suite au jugement de la Cour suprême, le Conseil du statut de la femme considère important de réactualiser ses principes et de préciser ses orientations en regard de l'avortement à la lumière des

développements qui sont intervenus. Il souhaite mettre à jour ses positions en considérant l'état des services offerts au Québec, le contexte juridique actuel ainsi que les questions éthiques soulevées par le développement des nouvelles technologies de la reproduction.

L'analyse que le Conseil fait de la situation l'amène à recommander de ne pas criminaliser à nouveau l'avortement tout en insistant sur la responsabilité des femmes. Il propose plutôt des mesures visant à mieux encadrer les services d'avortement dans le respect de l'autonomie reproductive des femmes et de leur intégrité physique. C'est ainsi qu'il propose que les avortements tardifs soient réservés aux centres hospitaliers et que toutes les mesures soient prises pour que l'interruption de grossesse ait lieu dans les premières semaines de la grossesse tout en garantissant des services de qualité et un accès régional à ces services. Obligation devrait être faite aux établissements ainsi qu'aux professionnels des services d'avortement, d'informer les femmes sur les ressources alternatives, sur les méthodes d'avortement et les risques reliés à l'intervention et d'accorder un suivi aux femmes qui ont subi un avortement. De plus, le Conseil recommande des mesures plus adéquates de prévention par une éducation sexuelle appropriée des jeunes dans les écoles, une meilleure information sur la contraception, l'intégration des services d'avortement dans les cliniques de planning familial ainsi que des services de consultation mieux adaptés. Le Conseil recommande également d'encourager la recherche de méthodes contraceptives moins nocives pour la santé des femmes et plus efficaces afin de diminuer le recours à l'avortement.

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION..... 1

1. ÉTAT DE SITUATION : LES SERVICES D'AVORTEMENT AU QUÉBEC... 3

1.1 La fréquence des avortements au Québec..... 3

1.2 L'accessibilité des services..... 8

1.3 Les modalités de financement selon les types d'établissements..... 11

1.4 Les avortements et les grossesses chez les adolescentes : une problématique particulière..... 14

1.5 Résumé..... 16

2. LA DÉCRIMINALISATION DE L'AVORTEMENT..... 17

2.1 Les conséquences du jugement Morgentaler sur l'état des services offerts au Québec..... 17

2.2 Les effets de la décriminalisation sur la pratique de l'avortement..... 18

2.3 Les objectifs de la criminalisation..... 20

2.4 L'efficacité de mesures répressives criminelles..... 22

3. DES ORIENTATIONS POUR L'ACTION..... 25

3.1 L'autonomie reproductive des femmes et leur intégrité physique..... 27

3.2 L'hypothèse de la protection du foetus..... 32

3.3 Quelques propositions d'action..... 41

CONCLUSION : REPRISE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS..... 45

ANNEXE 1 : Standards médicaux pour la pratique de l'avortement (Ontario)

INTRODUCTION

À la suite du jugement de la Cour suprême du Canada dans l'affaire opposant les docteurs Henry Morgentaler, Leslie Frank Smoling et Robert Scott à Sa Majesté la Reine et au Procureur général du Canada, ci-après appelé le jugement Morgentaler, qui fut prononcé le 28 janvier 1988, l'avortement n'est plus un crime au Canada. L'avortement avait été déclaré illégal en 1969 par l'insertion de l'article 251 au Code criminel.

Ainsi, en déclarant l'article 251 du Code criminel canadien inconstitutionnel, le plus haut tribunal du pays rendait cette disposition législative inopérante, donc inapplicable sur l'ensemble du territoire canadien.

Ce jugement aura donc rendu désuète l'application des conditions autrement prescrites par le paragraphe 4 de cet article 251 autorisant la pratique d'avortement thérapeutique. La décriminalisation de l'avortement suppose que, en l'absence d'une telle législation, l'interruption de grossesse est un acte médical comme un autre; à la limite, il peut donc être pratiqué à n'importe quel moment de la grossesse.

Il va sans dire que la décision de la Cour suprême constitue une étape importante bien qu'elle ne marque qu'un temps d'arrêt dans l'évolution de cette question puisque d'autres décisions importantes sont attendues sur le plan juridique et législatif. Mentionnons notamment :

- le jugement dans l'affaire Borowski qui statuera sur le droit du foetus en regard de l'interprétation de la Charte canadienne des droits et libertés;
- la publication du rapport de la Commission de réforme du droit du Canada qui proposera des modalités d'encadrement législatif à partir des stades de développement du foetus;

. la discussion d'un projet de loi au Parlement canadien visant à encadrer la pratique de l'avortement.

Dans ce contexte, le CSF souhaite faire le point et mettre à jour ses réflexions sur la question de l'avortement qui revêt une importance considérable. Cette réflexion veut tenir compte du nouvel état de droit consécutif au jugement de la Cour suprême, des dispositions qui pourront être prises et des développements importants qui ont cours, notamment dans le domaine des nouvelles technologies de la reproduction. Il est également souhaitable de faire tout d'abord état de la situation actuelle des services d'avortement au Québec afin de proposer des aménagements appropriés quant à l'organisation et à l'encadrement de ces services tout en assurant leur accessibilité et leur qualité ainsi que la sauvegarde de certains principes affirmés par le Conseil.

1. ÉTAT DE SITUATION : LES SERVICES D'AVORTEMENT AU QUÉBEC

La description des services d'avortement au Québec constitue un élément susceptible d'éclairer la réflexion. Nous tentons donc de donner le portrait le plus clair et objectif possible tenant compte des données disponibles. Nous considérons les données les plus récentes et les plus fiables qui proviennent d'organismes gouvernementaux (MSSS, RAMQ)[1] et plus particulièrement des données publiées par le Regroupement des centres de santé de femmes dans le cadre de l'étude la plus complète sur le sujet[2]. Pour chacune des questions, nous tentons de dégager des éléments les plus significatifs qui fonderont, par la suite, les orientations du Conseil.

1.1 La fréquence des avortements au Québec

- Types d'établissements

Les données émanant de la recherche du Regroupement des centres de santé de femmes du Québec indiquent que **18 413 avortements ont été pratiqués au Québec en 1985**[3]; de ce nombre, 16 288 avortements ont été pratiqués par des médecins payés à l'acte dont 13 204 dans des centres hospitaliers, et 2 125 ont été faits par des médecins salariés (CLSC et certains centres de santé de femmes). Comme l'indique le tableau suivant[4] :

---

1. Selon nos informations, les données compilées par la Régie de l'assurance-maladie du Québec sont les plus récentes et les plus complètes. Nous avons dû éliminer les données recueillies par Statistique Canada parce qu'elles sont incomplètes et ne concernent que les avortements pratiqués en centre hospitalier et autorisés par un comité d'avortement thérapeutique.
2. Luce HARNOIS. Rapport de recherche sur l'avortement au Québec, Regroupement des centres de santé de femmes du Québec, 1987, 101 p.
3. Luce HARNOIS, op. cit., p. 15.
4. Luce HARNOIS, op. cit., p. 38.

Tableau 1

Avortements connus au Québec selon le type d'établissement et le mode de rémunération des médecins, 1985

Établissement	Nombre d'avortements (paiement à l'acte)	Nombre d'avortements (salaire)	Total Nombre	%
Centres hospitaliers	13 204	64	13 268	72,0
Centres locaux de services sociaux (CLSC)	0	1 509	1 509	8,2
Centres de santé de femmes	1 449	552	2 001	10,9
Cabinets privés	1 635*	0	1 635	8,9
TOTAL	**16 288**	**2 125**	**18 413**	**100,0**

* Nombre déduit à partir des autres sources.

Sources : Service technologie biomédicale MSSS, données non publiées de la RAMQ pour centres hospitaliers, codes 6908-6909-6936, 1985.
Statistiques internes des établissements, 1985.
Tiré de : Luce HARNOIS, op. cit., p. 38.

Précisons, qu'au Québec, plus de 7 avortements sur 10 sont pratiqués dans des centres hospitaliers et moins de 3 hors de ces centres, soit en clinique privée, dans un CLSC ou un centre de santé de femmes. Avant le jugement Morgentaler, on peut donc affirmer que 3 avortements sur 10 étaient considérés comme illégaux puisqu'ils ne respectaient pas les dispositions contenues dans l'article 251 du Code criminel. De ce nombre, on estime à 1 635 le nombre d'avortements pratiqués en cabinet ou clinique privée, à 2 001 dans les centres de santé de femmes et à 1 509 dans les CLSC.

- Comparaisons provinces/pays

Si on considère l'ensemble de ces données, le taux d'avortement connu au Québec reste inférieur à celui observé dans les autres provinces. Voici quelques chiffres[1] :

Tableau 2

Comparaison des taux d'avortement
(Nombre d'avortements pour 1 000 femmes de 15-44 ans)

Provinces		Taux d'avortement
Colombie Britannique*	: en centre hospitalier	16,4
Ontario*	: en centre hospitalier	12,5
Alberta*	: en centre hospitalier	11,0
Québec**	: total connu (en centre hospitalier : 8,0) (autre : 3,2)	11,2

* STATISTIQUE CANADA, Avortements thérapeutiques, 1985.

** Taux corrigés à partir des données de la RAMQ, comprenant également les avortements faits dans les CLSC et les centres de santé de femmes et dans les cabinets privés (catégorie : autre).
Tiré de : Luce HARNOIS, op. cit., p. 19.

Le tableau comparatif suivant nous permet de voir comment le Québec se situe par rapport aux autres pays[2] :

1. Luce HARNOIS, op. cit., p. 19.
2. Luce HARNOIS, op. cit., p. 25.

Tableau 3

Taux d'avortement - Quelques pays

Pays/Provinces	Nombre d'avortements pour 1 000 femmes âgées entre 15-44 ans
États-Unis (1983)	27,4
France (1984)	14,9
Italie (1984)	19,0
Suède (1984)	17,7
Québec (taux ajusté* - 1985)	11,2*

Source : TIETZE, C. HENSHAW, S.K., Induced Abortion : A World Review, 1986.

* Pour le Québec, nous utilisons le taux ajusté qui inclut les avortements pratiqués dans les centres hospitaliers, les CLSC, les centres de santé de femmes et les cabinets privés.
Tiré de : Luce HARNOIS, op. cit., p. 25.

Par conséquent, si on considère le taux des avortements connu au Québec, il demeure en deçà de celui des USA, de l'Italie, de la France et de la Suède notamment.

Pour résumer, rappelons qu'au Québec pour 100 avortements répertoriés[1] :

- 72% sont pratiqués dans un centre hospitalier;
- 11% sont pratiqués dans un des trois centres de santé de femmes;
- 9% sont pratiqués en cabinet privé;
- 8% sont pratiqués en CLSC.

Donc, près d'un avortement sur cinq (19,1%) est pratiqué dans un centre communautaire (CLSC, centre de santé de femmes).

1. Luce HARNOIS, op. cit., p. 36.

- Fréquence selon les types d'avortement et l'âge

Comme nous le verrons, 65% des avortements sont pratiqués dans la région de Montréal. Par ailleurs, si on ne considère que les avortements pratiqués à compter de la 16e semaine, 80% sont pratiqués dans cette région[1].

La répartition des avortements selon l'âge est également intéressante[2]. Ainsi, on remarque qu'en 1985 :

- 18% des avortements sont pratiqués sur les femmes de 19 ans et moins;
- 55% des avortements sont pratiqués sur les femmes de 20 à 29 ans;
- 25% des avortements sont pratiqués sur les femmes de 30 à 39 ans;
- 2% des avortements sont pratiqués sur les femmes de 40 ans et plus.

Quant aux avortements pratiqués à partir de la 16e semaine[3], ils concernent bien davantage les jeunes femmes puisqu'ils se répartissent comme suit :

- 30% de ces avortements concernent les femmes de 19 ans et moins;
- 53% de ces avortements concernent les femmes de 20 à 29 ans;
- 15% de ces avortements concernent les femmes de 30 à 39 ans;
- 2% de ces avortements concernent les femmes de 40 ans et plus.

Notons la forte proportion de ces avortements tardifs chez les 19 ans et moins et la faible proportion de ce type d'avortement chez les femmes de 30-39 ans. Ce point est important et nous reviendrons sur cette problématique particulière des grossesses et de l'avortement chez les jeunes.

---

1. Luce HARNOIS, op. cit., p. 45.
2. Ces données ne concernent que les avortements payés à l'acte (16 288). Source : Luce HARNOIS, op. cit., p. 53.
3. Ces données tirées de la RAMQ concernent les 586 avortements identifiés par le code 6936 (avortement par induction). Source : Luce HARNOIS, op. cit., p. 54.

Par ailleurs, il nous faut noter que la proportion des avortements tardifs est relativement faible. En effet, les avortements par induction, au Québec, ne représentent que 3,4% des avortements remboursés à l'acte (586/16 288).

- Le taux de récidive

Un certain nombre de femmes subiront, au cours de leur vie reproductive, plus d'un avortement. On peut ainsi calculer le taux de récidive. Ce taux constitue un indicateur important puisque, dans les pays où l'avortement est conçu avant tout comme un moyen de contraception, une forte proportion de femmes sont susceptibles d'avoir des avortements répétés. On remarque, au Japon en particulier, que plus de 60% des femmes qui ont un avortement en sont au moins à leur deuxième. Aux États-Unis, on estime qu'environ 30% des femmes sont dans ce cas; au Canada, les estimations sont de l'ordre de 20%, ce qui constitue une proportion plus faible que dans la plupart des pays observés[1].

1.2 L'accessibilité des services

Au Québec, à l'heure actuelle, on pratique l'avortement dans 35 centres hospitaliers sur 140. De ce nombre, 23 centres hospitaliers le font dans le cadre d'une clinique de planning familial (clinique Lazure). Ces cliniques offrent généralement quatre catégories de services : contraception, infertilité, stérilisation et avortement.

Le Québec a également mis sur pied un réseau de cliniques d'avortement dans 12 des 155 centres locaux de services communautaires (CLSC); il

---

1. Voir à ce sujet les comparaisons internationales faites par The Alan Guttmacher Institute : Induced Abortion, A World Review, 1986, 6th Edition.

s'agit d'avortements n'excédant pas 12 semaines de grossesse. À cela, il faut ajouter 3 centres de santé de femmes (à Hull, Trois-Rivières et Montréal) et une clinique pour les jeunes (Montréal). On compte également un certain nombre de cliniques et de cabinets privés qui offrent ces services d'avortement. Une de ces cliniques joue un rôle important en ce qui concerne les avortements au-delà de 19 semaines.

L'accessibilité aux services d'avortement reste encore très variable d'une région à l'autre. Les données indiquent que près de 7 avortements sur 10 sont pratiqués dans la grande région de Montréal[1]. De plus, on note que "seulement 2 régions sur 11 ont des ressources offrant une gamme complète de services d'avortement, soit l'Estrie et Montréal métropolitain où on peut obtenir un avortement jusqu'à 20 ou 22 semaines de gestation. Plus la grossesse est avancée, plus les ressources se raréfient"[2]. De plus, pour une grossesse dépassant 18 semaines, Montréal est le seul lieu où les femmes des autres régions peuvent avoir le service puisque, à ce stade, le CH de Sherbrooke refuse les femmes venant de l'extérieur de la région[2].

Voici comment se répartissent les services pour chacune des régions[2].

---

1. Données fournies le bureau de la condition féminine du MSSS, mars 1988.
2. Cité dans Luce HARNOIS, Rapport de recherche sur l'avortement au Québec, p. 40.

Tableau 4

Services accordés en région selon le nombre de semaines de grossesse

Région	Nombre de semaines de grossesse				
	10	12	14	15	20
Côte-Nord	X				
Montérégie		X			
Gaspésie		X			
Îles-de-la-Madeleine		X			
Outaouais		X			
Québec			X		
Trois-Rivières			X		
Laurentides			X		
Bas St-Laurent*				X	.....
Saguenay—Lac St-Jean				X	
Abitibi*				X	.....
Estrie					X
Montréal-Métro					X

* Le service est offert exceptionnellement dans ces régions jusqu'à 20 semaines de grossesse.
Informations tirées de Luce HARNOIS, op. cit., p. 40.

Il est à noter que, dans la majorité des hôpitaux en région, on refuse des femmes parce que le service n'est pas offert ou cesse de l'être à 10, 12, 14 ou 15 semaines[1]. Dans 5 régions (sur 11), il n'y a qu'une ressource d'importance. Enfin, certaines régions et sous-régions n'ont aucun service d'avortement, notamment dans celles du Témiscamingue, de Lanaudière, du Nouveau-Québec, des Bois-Francs et de la Beauce[1].

1. Luce HARNOIS, op. cit., p. 41.

1.3 Les modalités de financement selon les types d'établissements

Nous avons traité de l'accessibilité régionale aux divers services d'avortement, l'accessibilité financière à ces services est une toute autre question. Cette question est très importante au lendemain du jugement de la Cour suprême. Voici donc, en bref, le portrait actuel relatif au financement des services d'avortement.

- Financement

- **Dans les CLSC et, en principe, dans les hôpitaux, l'avortement est gratuit pour les femmes;** cependant, dans ces deux types d'établissement les modalités de financement diffèrent puisque les **médecins des hôpitaux sont rémunérés à l'acte et ceux des CLSC sont salariés.**

- **Dans les centres de santé de femmes, on demande aux femmes de verser entre 35 $ et 100 $ pour assurer la survie du centre; les médecins sont principalement rémunérés à l'acte et doivent verser une partie de leur revenu pour financer le maintien du centre[1].**

- **Dans les cliniques et cabinets privés, on réclame aux femmes entre 175 $ et 900 $** selon le degré d'avancement de la grossesse; notons que certains médecins ne font aucune réclamation à la RAMQ. Le nombre d'avortements non déclarés est difficile à évaluer.[1]

Si on considère que 7 avortements sur 10 sont pratiqués en centre hospitalier et un en CLSC, on peut en déduire qu'en principe pour 8 **avortements déclarés sur 10, les femmes n'ont rien à débourser.** Par ailleurs, pour un avortement sur 10, les femmes auront à défrayer un montant dans les centres de santé de femmes et pour un minimum d'un avortement sur 10, les femmes auront à subir une surfacturation importante dans des cliniques ou cabinets privés.

---

1. Luce HARNOIS, op. cit., p. 67.

Notons que **certains services d'avortement, bien que gratuits pour les femmes, sont assez coûteux pour l'État.** Ainsi, dans certains hôpitaux, on utilise des techniques assez lourdes (dilatation-curetage et l'anesthésie générale) pour des avortements à moins de 12 semaines, ce qui est plus coûteux et nécessite l'hospitalisation.

Enfin, comme certains services ne sont pas disponibles dans toutes les régions, en particulier pour les avortements à plus de 16 semaines, les femmes doivent assumer, dans certains cas, le coût des déplacements et de séjour.

- Le coût des actes médicaux

Voici quels sont les tarifs en vigueur à la Régie de l'assurance-maladie du Québec, en 1988, pour les médecins omnipraticiens et spécialistes.

OMNIPRATICIENS

La rémunération selon l'entente de juin 1988

	Total possible pour le médecin qui pratique à la fois l'avortement et l'anesthésie
- Avortement thérapeutique par extraction menstruelle (code 6908) : 45,00 $. bonus pour la pratique en cabinet privé : 25,00 $ (code 6938)	70,00 $ (cabinet privé) 45,00 $ (autre)
- Avortement thérapeutique par curetage (code 6909) : 85,00 $. avec valeur de base possible de deux unités de 8,50 $ pour l'anesthésie* : 17,00 $. bonus pour la pratique en cabinet privé : 40,00 $ (code 6939)	142,00 $ (cabinet privé) 102,00 $ (autre)

- Avortement par induction (code 6936) : 110,00 $
  . avec valeur de base possible de deux unités de 8,50 $ pour l'anesthésie* : 17,00 $ — 127,00 $

SPÉCIALISTES

La rémunération selon l'entente de juin 1987

	Total possible pour le médecin qui pratique à la fois l'avortement et l'anesthésie
- Avortement thérapeutique par extraction menstruelle (code 6908) : 25,00 $	25,00 $
- Avortement thérapeutique par curetage : 65,00 $. avec valeur de base possible de deux unités de 8,75 $ pour l'anesthésie* : 17,50 $	82,50 $
- Avortement par induction (code 6936) : 110,00 $. avec valeur de base possible de deux unités de 8,75 $ pour l'anesthésie* : 17,50 $	127,50 $

* N.B. : . Les frais rémunérés pour l'anesthésie varient selon le type d'anesthésie et le professionnel de la santé qui la pratique.
. Pour les spécialistes, l'entente en vigueur à l'heure actuelle ne couvre pas la pratique d'avortements en cabinet privé.

- Coût total des avortements au Québec

Il est extrêmement difficile d'évaluer le coût réel de l'avortement au Québec puisqu'une partie seulement des coûts est assumée directement par la RAMQ via le financement des actes médicaux. Ces frais directs n'incluent pas les autres frais assumés par l'État via l'assurance-hospitalisation, les frais indirects assumés par les CLSC à même leur budget ainsi que les frais encourus par les usagères (cabinet privé, centre de santé de femmes).

Si on retient les actes strictement considérés comme avortements thérapeutiques (6908, 6909, 6936), la RAMQ évalue les coûts de remboursement des actes médicaux à près de 1,2 million de dollars pour l'année 1985[1].

1.4 Les avortements et les grossesses chez les adolescentes : une problématique particulière

Parmi 10 femmes qui subissent un avortement, 2 sont des filles de moins de 19 ans. Si on considère les avortements pratiqués au-delà de la 16e semaine de grossesse, cette proportion est encore plus élevée. Ainsi, parmi 10 femmes qui subissent un avortement par induction, 3 ont moins de 19 ans. Or, on sait que cette technique d'avortement est beaucoup plus lourde émotivement et physiquement.

De plus, les services offerts pour les avortements au-delà de 16 semaines sont pratiquement inexistants dans plusieurs régions. Les jeunes femmes qui ont à envisager une interruption tardive de grossesse sont donc doublement pénalisées. Dans la plupart des cas, elles devront se rendre à Montréal.

Au Québec, on observe une augmentation du taux annuel de grossesse chez les adolescentes : il est passé de 21,4/1 000 (1980) à 23,4/1 000 (1985). De plus, pour la même période (1980 à 1985), la proportion des grossesses menées à terme diminue et celle des grossesses interrompues augmente[2]. Ceci est vrai pour chacune des tranches d'âge de 13 à 19

---

1. Chiffres fournis par la RAMQ en date de mars 1988 (chiffre exact : 1 199 892 $).
2. Cité dans Avis sur la grossesse à l'adolescence par le Comité Famille-Enfance, Association des hôpitaux du Québec, décembre 1987, p. 64-66.

ans. En 1980, 56% des adolescentes enceintes choisissaient de poursuivre leur grossesse, elles étaient 46% en 1985; une baisse relative de 18%.

Enfin, **les données indiquent, chez les 15-19 ans, une augmentation de plus de 35% des avortements par induction** (au-delà de 16 semaines). Il est difficile de saisir les raisons qui expliquent ces interventions tardives chez les jeunes : on pense à la difficulté de se rendre compte de leur état, de le communiquer et d'avoir le support nécessaire et, en définitive, aux hésitations à prendre une décision en regard de la poursuite ou de l'interruption de grossesse.

Dans le contexte actuel, si on en venait à diminuer les services d'avortement ou à rendre difficile l'avortement au-delà de 16 semaines de grossesse, nul doute que les adolescentes seraient proportionnellement plus lourdement touchées que leurs aînées.

Il faut enfin remarquer que le pourcentage des récidives (2^{e} avortement et plus) chez les adolescentes du Québec est plus élevé qu'ailleurs. Ainsi, au Québec, 8% des avortements pratiqués chez les filles de moins de 20 ans sont des récidives. Le taux est de 4,6% en Angleterre, 3,0% aux USA et 1,5% en Suède.

Des questions importantes se posent donc quant aux services d'éducation, de support et de planning qu'il faudrait offrir aux jeunes.

Cette clientèle semble en effet particulièrement vulnérable dans un contexte social où la sexualité des femmes et des hommes fait encore l'objet de pressions extrêmement fortes, où l'information sur la sexualité et la contraception est, dans les écoles et ailleurs, inexistante ou inadéquate et où les femmes ont trop souvent à choisir entre des moyens contraceptifs inefficaces ou dommageables pour leur santé.

1.5 Résumé

En terminant, voici quelques faits saillants qui ressortent de notre analyse de la situation.

- Dans l'ensemble, la proportion des avortements observée au Québec est plus faible qu'ailleurs au Canada ou dans le monde et ce, malgré une certaine libéralisation des pratiques.

- L'armature des services d'avortement dans les diverses régions du Québec semble bien établie, en particulier en ce qui concerne les avortements au cours du 1er trimestre de la grossesse; une proportion importante de ces services est actuellement financée par l'Etat et les services médicaux semblent de bonne qualité; on mentionne cependant un certain nombre de problèmes : l'absence de relève médicale, la carence de services en région pour les avortements tardifs et les procédures parfois trop lourdes utilisées dans certains centres hospitaliers.

- La levée des contraintes imposées par l'article 251 devrait amener des améliorations significatives dans la dispensation des services d'avortement : ainsi, les critères parfois arbitraires d'autorisation seront abolis; de plus, les délais pour l'obtention d'un avortement seront raccourcis d'autant. On estime qu'au Canada, la nécessité d'obtenir l'autorisation du comité thérapeutique pouvait imposer un délai allant jusqu'à huit semaines pour obtenir un avortement. On remarque également que dans les pays qui minimisent les formalités et qui assurent l'accessibilité des services d'avortement sur demande, une très forte proportion des avortements se pratique dès les premières semaines de grossesse. Ainsi, en Suède, la durée moyenne de la grossesse, au moment de l'avortement, est passée de 14,1 semaines en 1968 à 9,9 semaines en 1980 et 9,6 semaines en 1984. C'est la moyenne la plus faible actuellement enregistrée dans les pays occidentaux[1].

- Enfin, il est à prévoir que la libéralisation de la pratique de l'avortement devrait permettre d'assurer une meilleure accessibilité et une qualité accrue des soins et des actes médicaux pratiqués tant dans les cliniques et cabinets privés que dans les hôpitaux, les CLSC et les centres de santé de femmes.

---

1. Voir à ce sujet l'étude d'Allan Guttmacher Institute : Induced Abortion, A World Review, 1986, p. 81.

2. LA DÉCRIMINALISATION DE L'AVORTEMENT

2.1 Les conséquences du jugement Morgentaler sur l'état des services offerts au Québec

Le Québec se distingue des autres provinces canadiennes puisqu'il est le seul à avoir développé un réseau intégré de services d'avortement publics hors des centres hospitaliers. Ce réseau représente une structure importante des services offerts en région pour les avortements au cours du premier trimestre. Cela constitue un acquis important au Québec puisque l'on sait que les services offerts dans les CLSC et les centres de santé de femmes sont en général plus accessibles.

Le Conseil du statut de la femme demande, suite au jugement de la Cour suprême, que soit maintenu, amélioré et consolidé le réseau de services d'avortement offerts dans les CLSC et les centres de santé de femmes de façon à offrir des services d'avortement au cours du premier trimestre accessibles dans toutes les régions du Québec. Ces services devront être planifiés de façon à compléter la gamme des services offerts en milieu hospitalier.

- Conséquence du jugement

Depuis le 28 janvier 1988, les centres hospitaliers sont appelés à se conformer au jugement de la Cour suprême : dans cette perspective, ils devraient dissoudre leur comité d'avortement thérapeutique (CAT) chargé d'autoriser les avortements, cette autorisation n'étant plus requise par la loi. Selon nos informations, au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas émis de directives générales claires aux centres hospitaliers les incitant à dissoudre leur comité thérapeutique comme ce fut le cas en Ontario notamment. De plus,

il semble que des comités thérapeutiques subsistent dans un certain nombre de centres hospitaliers et continuent à jouer leur rôle quant à l'autorisation des avortements.

Le Conseil du statut de la femme demande que les centres hospitaliers se conforment aux nouvelles dispositions législatives suite à l'invalidation de l'article 251 du Code criminel en abolissant leur comité d'avortement thérapeutique et demande également que des directives soient émises afin que les avortements soient accordés aux femmes qui le demandent et soient accessibles comme tout autre acte médical dans les centres hospitaliers du Québec.

2.2 Les effets de la décriminalisation sur la pratique de l'avortement

Présentement au Québec, l'avortement doit être considéré comme tout autre acte médical. À ce titre, lui sont applicables notamment la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5), la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29) et la Loi sur l'assurance-hospitalisation (L.R.Q., c. A-28) ainsi que leurs règlements.

Ainsi, en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, "toute personne a droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée, compte tenu de l'organisation et des ressources des établissements[1] qui dispensent ces services"[2]. Ceci, sans que le demandeur des services ou

---

1. Il faut entendre par "établissement" : un centre local de services communautaires, un centre hospitalier, un centre de services sociaux ou un centre d'accueil tel que défini par l'article 1, par. A de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5).

2. Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5), article 4, alinéa 1.

un membre de sa famille ne soit victime de "discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, la langue, l'ascendance nationale, l'origine sociale, les moeurs ou les convictions politiques"[1].

De plus, au même titre qu'un professionnel est libre d'accepter ou non de traiter une personne, à moins qu'il ne se trouve devant une situation urgente auquel cas il doit lui donner les soins requis par son état, toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des soins[2].

En conséquence, une femme enceinte désirant interrompre sa grossesse est en droit d'exiger ce service d'un établissement en autant que l'organisation de celui-ci le lui permette, que les ressources y soient disponibles et que la requérante réponde aux critères d'enregistrement, d'inscription et d'admission de cet établissement. Ainsi, il faudra tenir compte de la nature du permis délivré par le gouvernement à cet établissement, de son plan d'organisation, du budget dont il dispose et de circonstances ponctuelles, comme l'exercice d'un droit de grève en milieu hospitalier.

Quant à la pratique en milieu non institutionnel, soit dans un cabinet privé de professionnel ou encore dans une clinique privée, la seule réserve que la loi semble imposer au droit aux services est celle du libre choix du professionnel qui peut théoriquement refuser ses services à un bénéficiaire. Rappelons que cette réserve est assortie de limites : l'une prohibant le refus de traitement discriminatoire et l'autre résultant de l'obligation de porter assistance à toute personne en danger.

Ainsi, dans les limites des ressources disponibles, le demandeur de services non institutionnalisés ne peut donc se les voir refuser que pour les raisons qui découleraient de sa propre incapacité (mineur de

---

1. Ibid., article 5.
2. Ibid., article 6.

moins de quatorze ans non autorisé par ses parents, incapable, personne souffrant de maladie mentale, etc.) ou du refus non discriminatoire d'un professionnel exerçant sa liberté de choix.

Les coûts d'un tel acte sont présentement pris en charge par l'État. Hormis ces considérations sur l'accessibilité et la gratuité du service d'interruption de grossesse au Québec, il n'en demeure pas moins que les médecins doivent respecter à l'égard de cet acte médical, comme de tout autre d'ailleurs, les règles et principes édictés par le Code de déontologie des médecins (R.R.Q., 1981, c. M-9, r. 4) adopté conformément à la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9) et au Code des professions (L.R.Q., c. C-26) et qu'ils demeurent soumis aux articles 45 et 198 du Code criminel concernant les opérations chirurgicales et les traitements médicaux qui les obligent à pratiquer leur profession en y apportant toute la connaissance, l'habileté et les soins raisonnables.

2.3 Les objectifs de la criminalisation

Examinons maintenant si, afin d'encadrer cette pratique médicale de l'interruption de grossesse, il est essentiel de criminaliser à nouveau l'avortement et, pour mieux comprendre toutes les conséquences d'une telle modification au Code criminel canadien, voyons quels sont les objectifs que doit rechercher le législateur canadien en matière de droit pénal.

À cet égard, "des études récentes ont tenté d'émettre des lignes de conduite sur ce qui devrait être interdit dans un État moderne par le biais du droit criminel en proposant des limites au pouvoir étatique de punir. Ces études proposent ainsi des critères à partir desquels un État serait justifié d'utiliser le droit criminel pour contrôler un comportement. Voici succinctement les critères proposés. Le droit pénal constitue le moyen approprié d'intervention pour contrôler une

conduite s'il peut être appliqué uniformément à tous les contrevenants. Un État ne doit opter pour la répression criminelle que s'il a l'assurance du caractère inefficace d'autres solutions moins radicales. La sanction criminelle ne devrait être choisie que s'il en va de l'intérêt de l'État d'exiger le respect d'une norme particulière et celle-ci ne devrait être appliquée que s'il existe des raisons suffisantes pour présumer que la société est mieux protégée par cette solution punitive que par la non-intervention. La sanction criminelle ne devrait constituer le choix politique d'un État dans le contrôle d'un comportement que si les buts et les fonctions associés au châtiment criminel peuvent être atteints"[1].

Il faut bien comprendre que "l'objet du droit pénal n'est pas non plus l'imposition d'une morale. Bien que le droit pénal cherche à réprimer les actions mauvaises, l'immoralité de celles-ci n'est qu'une condition nécessaire et non une condition suffisante [...]. En vérité, l'État et ses institutions juridiques ne sont pas aptes à s'occuper de la moralité. De plus, tous les comportements individuels ne ressortissent pas au droit. L'État n'a pas sa place dans certaines activités de la nation. Son rôle doit se limiter à celles qui causent du tort à autrui et à la société elle-même"[2].

---

1. COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT (C.R.D.), Notre droit pénal, Ottawa, Information Canada, 1976. C.R.D., Les confins du droit pénal, (Document de travail n° 10), Ottawa, Information Canada, 1975. Herbert L. PACKER, The Limits of Criminal Sanction, Stanford, Stanford University Press, 1968. THE AMERICAN FRIENDS SERVICE COMMITTEE, Struggle for Justice : A report on crime and punishment in America, New York, Hill & Wang, 1971. Extraits tirés du texte de Hélène DUMONT, L'abolition du crime d'avortement dans la perspective de la réforme du droit criminel, (1980-81), 15 R.J.T., n° 2, p. 149 à 164.

2. COMMISSION DE RÉFORME DU DROIT. Notre droit pénal, Ottawa, Information Canada, 1976, p. 16.

2.4 L'efficacité de mesures répressives criminelles

Il s'agit donc maintenant de se demander si la répression de l'avortement a des chances d'atteindre ces objectifs.

Dans un premier temps, il est intéressant de constater que la peine doit avoir comme fonction d'être intimidante; elle doit donc chercher à prévenir le comportement sanctionné. Or, en ce qui concerne l'avortement, il est à peu près impossible de reconnaître un effet dissuasif à l'égard de la femme qui a recours à l'avortement, aucune femme au Canada ne s'étant fait accuser d'avoir interrompu illégalement une grossesse. Pour ce qui est de l'avorteur, le caractère illégal de l'avortement est tel que l'activité devient lucrative pour les charlatans; elle l'est également pour les médecins qualifiés qui décident de faire des avortements clandestins et peuvent se sentir autorisés à demander des honoraires exorbitants pour compenser les risques encourus par l'exercice d'une activité illégale. L'effet dissuasif est d'autant plus aléatoire que les statistiques démontrent que généralement les sanctions contre les avorteurs sont minimes[1]. De plus, si un avortement était mal pratiqué ou entraînait la mort, le charlatan ou le médecin qualifié ayant pratiqué pourrait être poursuivi pour négligence criminelle ou pour homicide involontaire coupable et ce, indépendamment du caractère légal ou illégal de l'avortement.

À propos de l'applicabilité de la peine, elle nous apparaît tout à fait illusoire puisque l'expérience récente démontre que les lois sur l'avortement ne sont à peu près pas appliquées et plusieurs raisons expliquent la rareté de ces poursuites. En quelque sorte, la femme en demandant que l'infraction soit commise se trouve à commettre elle aussi une infraction; chaque partie à la transaction criminelle n'a

---

1. Report of the Commission on Population Growth and the American Future, Washington D.C., Goscinment Punting Office, 1972, p. 102. Rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement, (Rapport Badgley), Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1977, p. 74-75.

donc pas intérêt à dénoncer l'infraction. De plus, lorsqu'un avortement est pratiqué clandestinement par des gens consentant à l'interruption de grossesse, le succès de l'opération va en assurer le secret. En conséquence, les autorités policières pourront difficilement le découvrir. D'autre part, si une femme qui s'est fait avorter devient grièvement malade des suites de l'avortement, elle préférera souvent attribuer sa condition à un accident et, en raison de cette réticence, les autorités médicales préféreront ne pas distinguer entre cet avortement provoqué et celui qui est spontané. Au surplus, l'expérience américaine démontre que dans les cas de décès consécutifs à un avortement, il ne s'est pas tenu d'enquête médico-légale adéquate. Les médecins hésitent généralement beaucoup avant d'imputer à un avortement la cause de la mort pour fins d'émission de certificat de décès. Étant donné les difficultés d'enquête que supposent ces cas, on risque de s'attaquer davantage aux médecins qui s'affichent ouvertement en faveur de l'avortement. En conséquence, lorsqu'il y a poursuites, elles sont souvent inéquitables, sélectives et discriminatoires.

Puis, vient l'objectif de la réhabilitation qui implique que la peine aura pour effet de réduire la fréquence d'une conduite illégale en guérissant les contrevenants de la mauvaise habitude qui les faisait agir d'une façon antisociale. Ainsi, en matière d'avortement, la peine débarrasserait une femme de sa "mauvaise habitude" de tomber enceinte sans le désirer et guérirait un avorteur de sa tendance à pratiquer des avortements![1]

Ajoutons enfin que la pratique de l'avortement dans l'illégalité comporte beaucoup plus de risques pour la santé des femmes puisque dès lors aucun encadrement professionnel n'est possible. Que l'on pense aux situations où les femmes ont dû s'avorter elles-mêmes en utilisant des procédés dangereux ou encore requérir les services de charlatans ou de ce que l'on appelait à l'époque les "faiseuses d'anges". Enfin, les enquêtes démontrent que l'illégalité a pour effet d'augmenter les

---

1. Hélène DUMONT, L'abolition du crime d'avortement dans la perspective de la réforme du droit criminel, (1980-81), 15 R.J.T., n° 2, p. 168 et 169.

dangers liés à l'avortement : augmentation du taux de mortalité, de morbidité et d'infertilité, effets sur la santé mentale des femmes, retard dans l'obtention d'un avortement.

On peut aisément conclure que les objectifs recherchés par l'établissement d'une sanction criminelle en matière d'avortement ne sauraient être atteints dans le contexte criminel canadien.

Donc, puisqu'en prohibant l'avortement, le but ultime est d'en réduire la fréquence et que ce but n'a manifestement pas été atteint par une disposition d'ordre criminel et que cette prohibition a créé plus de mal que de bien pour les femmes, le CSF est d'avis que le Parlement fédéral ne devrait pas intervenir dans ce domaine en criminalisant à nouveau l'avortement. D'autant plus qu'il existe d'autres moyens moins coercitifs qu'une telle prohibition pour remédier au problème; ainsi, nous pensons particulièrement à des mesures visant à assurer un meilleur contrôle de la pratique, à préciser des lieux de pratique ou à assurer un meilleur encadrement des services.

3. DES ORIENTATIONS POUR L'ACTION

Le CSF considère important de préciser certains éléments qui fondent, aujourd'hui, ses positions en matière d'avortement, positions qui éclaireront les actions qu'il entend recommander en cette matière. Ainsi, il est nécessaire de replacer la question de l'avortement dans un contexte plus large qui est celui de la planification familiale. L'interruption de grossesse constitue, pour les femmes, une décision importante, un geste réfléchi et grave. **Il faut donc considérer les services d'avortement comme services de dernier recours dans une perspective d'autonomie reproductive et de maîtrise de la fécondité et non à titre de moyen de contraception.** Cela, le CSF l'a toujours affirmé.

Pour une femme, la décision de mener à terme une grossesse et de mettre au monde un enfant comporte une responsabilité importante : celle d'assumer la maternité et de mener à bien l'éducation de cet enfant. La femme enceinte qui s'interroge sur le bien-fondé de donner naissance à un enfant est très souvent confrontée à un sérieux dilemme. La décision d'interrompre une grossesse est souvent due à des obstacles qui sont perçus par la femme comme insurmontables : jeune âge et manque de maturité, absence de relation affective stable, conditions économiques difficiles, maladie, impossibilité d'assurer la subsistance d'un enfant ou son éducation, etc. **Le CSF a maintes fois dénoncé le manque de support collectif accordé aux familles (garderie, etc.) et a, depuis quelques années, fait des recommandations importantes au gouvernement du Québec afin d'améliorer le soutien économique destiné aux femmes qui attendent ou qui ont des enfants.**

D'entrée de jeu, il nous semble important d'attirer l'attention sur certains développements récents qui sont susceptibles de modifier le contexte général de l'avortement, particulièrement pour les avortements provoqués en tout début de grossesse; mentionnons particulièrement l'arrivée possible sur le marché québécois du RU-486.

En effet, cette pilule abortive, la mifépristone ou RU-486, est actuellement sur le marché en France suite à l'approbation accordée en décembre 1987 par le Comité national d'éthique. Elle sera également commercialisée ailleurs en Europe. Cette molécule agit comme un abortif en empêchant la nidation de l'oeuf fécondé dans l'utérus[1]. Utilisée avant le 49e jour de retard des règles en association à des prostaglandines (qui en assurent l'efficacité), cette pilule abortive permettrait désormais l'arrêt de grossesse à domicile. Bien qu'on soit allé jusqu'à l'appeler "la pilule du lendemain", ce médicament ne pourra être utilisé sans réserve; ses effets secondaires sont encore mal connus. **Ainsi, les conditions imposées devraient exiger une prescription et un contrôle médical pour assurer son utilisation adéquate et vérifier l'expulsion du foetus tout en prévenant les complications possibles.**

Il est évident que la généralisation de ce produit ouvre la porte à la banalisation de l'avortement. Il peut éventuellement être envisagé comme une alternative à l'avortement par aspiration et à l'intervention médicale. Il est à prévoir que la commercialisation du RU-486 et sa généralisation éventuelle changeront le portrait de l'avortement pour l'avenir et accroîtront la fréquence des avortements pratiqués au tout début de la grossesse. **À ce propos, le CSF recommande qu'advenant l'autorisation de ce médicament, il soit disponible sur prescription et que toute l'information nécessaire soit donnée aux femmes en regard des modes d'utilisation et des effets secondaires d'un tel produit afin que soit préservée leur intégrité physique et afin de leur permettre de prendre une décision en pleine connaissance de cause. De plus, le CSF recommande que l'utilisation du RU-486 soit l'objet d'une visite médicale de contrôle.**

Afin de guider la réflexion dans ce dossier et de s'assurer que toutes les pistes d'action auront été envisagées, il nous apparaît essentiel

---

1. L'action de la mifépristone consiste à bloquer les récepteurs de la progestérone dans l'utérus. On sait que cette hormone est essentielle à la nidation de l'oeuf.

de mettre de l'avant quelques grands principes, lesquels, dans certaines circonstances, risquent de s'opposer. Il s'agit, d'une part, de l'autonomie reproductive des femmes et de leur intégrité physique et, d'autre part, de la responsabilité de la mère à l'égard de la protection du foetus comme être humain en devenir.

3.1 L'autonomie reproductive des femmes et leur intégrité physique

L'autonomie reproductive constitue une des revendications centrales du mouvement des femmes. C'est en vue d'atteindre cet objectif qu'ont été formulées des demandes concernant la sexualité, la contraception, l'avortement.

Par ailleurs, certains obstacles limitent l'autonomie reproductive des femmes. En effet, étant donné le contexte social dans lequel elles vivent et l'état des services de santé auxquels elles ont accès, les femmes sont trop souvent contraintes dans leur choix en matière de sexualité, de contraception et d'avortement. Nous pensons ici à la libéralisation des moeurs en matière de sexualité, à l'influence des médias et aux lacunes trop souvent remarquées dans l'éducation sexuelle donnée en milieu scolaire. Dans ce contexte, les jeunes filles apparaissent particulièrement vulnérables et la maîtrise qu'elles peuvent exercer sur leur sexualité est diminuée d'autant. Malgré les progrès observés depuis vingt ans dans la découverte et la généralisation de méthodes contraceptives, il nous faut reconnaître les limites et les dangers existants pour la santé des femmes en regard de l'utilisation prolongée de méthodes contraceptives jadis considérées comme étant les plus sûres (pilule, stérilet, ...). Il reste encore beaucoup à faire pour développer des méthodes contraceptives efficaces qui n'affecteraient aucunement la santé des femmes ainsi que des modes de stérilisation temporaire et réversible. Ainsi, pour permettre aux femmes d'assumer leur autonomie reproductive et leurs responsabilités dans la

maîtrise de leur fécondité, il faut leur assurer les conditions nécessaires en matière d'éducation et d'information en regard de la sexualité de même que le développement de méthodes contraceptives sûres et efficaces et l'accès à l'avortement rendu nécessaire par les ratés de la contraception.

Par ailleurs, étant donné la plus grande vulnérabilité des jeunes à l'influence du contexte social en raison notamment des connaissances insuffisantes dont ils disposent et du processus intensif de socialisation auquel ils sont soumis, il faudra, dans les actions envisagées, leur accorder une attention particulière. La contraception est encore trop souvent considérée comme une "affaire de fille" et il apparaît essentiel que les garçons puissent être beaucoup plus conscients des responsabilités qui leur incombent en cette matière. La plupart des recherches démontrent que, trop souvent, les premières relations sexuelles ne sont pas protégées; le contexte émotif et inattendu de ces premières expériences rend trop souvent difficile, voire impossible, l'utilisation de mesures préventives minimales.

Le CSF a demandé à maintes reprises que l'école assume mieux ses responsabilités en matière d'éducation sexuelle. Les quelques heures consacrées à cet enseignement dans le cadre du programme de formation personnelle et sociale ne peuvent, selon les récentes observations du Conseil, être considérées comme une réponse adéquate à une telle demande.

De plus, le CSF se doit de reconnaître que les parents, les adultes et les éducateurs sont trop souvent mal préparés pour assumer leurs propres responsabilités en regard de la maîtrise de leur sexualité et a fortiori pour jouer le rôle important auquel ils renoncent trop facilement en regard de la formation des jeunes. À cet égard, **le Conseil recommande qu'un soutien particulier soit accordé aux adultes hommes et femmes, aux parents et aux éducateurs afin qu'ils prennent en charge leur rôle de formateurs et préparent mieux les jeunes en cette matière.**

Des campagnes de formation et d'information devraient être conçues dans cette perspective et les médias devraient être utilisés pour transmettre à la population en général et en particulier aux parents et aux éducateurs les connaissances nécessaires et essentielles leur permettant ainsi de mieux assumer leurs responsabilités dans leur rôle de formateurs et de transmetteurs de valeurs auprès des jeunes.

Pour sa part, le principe d'intégrité physique des femmes a, dans plusieurs pays, motivé des lois légalisant l'avortement. On voulait ainsi contrer le nombre important d'avortements clandestins qui, rappelons-le, peuvent causer des dommages graves à la santé des femmes.

Les études les plus récentes démontrent que les avortements pratiqués avant la 12e semaine de grossesse présentent moins de risques que ceux pratiqués après cette période. Au cours des vingt dernières années, la diminution des avortements clandestins ainsi que l'amélioration des techniques utilisées ont diminué considérablement le taux de complications même pour les avortements pratiqués au cours du second trimestre de la grossesse. Les causes de mortalité les plus fréquentes suite à un avortement sont les suivantes : l'infection (25%), l'embolie (24%), les complications consécutives à l'anesthésie (16%), l'hémorragie (15%).

Le principe d'intégrité physique a toujours été présent dans les demandes du Conseil en matière d'avortement. Conscient des risques que tout retard dans l'interruption d'une grossesse entraîne pour la santé physique et mentale de la femme enceinte, le Conseil demandait aussi que les avortements soient pratiqués dans des conditions et des délais respectueux du bien-être des femmes qui y ont recours. Or, on sait que, dans les derniers stades de la grossesse, l'avortement est un acte médical plus dangereux et certaines techniques utilisées sont particulièrement éprouvantes pour l'intégrité physique et psychique des femmes. De plus, le risque de complications apparaît beaucoup plus important.

Selon les observations faites au Québec, les risques de complications croissent de 20% avec chaque semaine de retard. Les risques augmentent avec l'état d'avancement de la grossesse, mais également selon les techniques utilisées. Ainsi, à partir de 16 semaines de grossesse, les risques croissent rapidement : si on parle d'injection saline et de prostaglandines, le taux de complications passe à 26% et à 29%. Les complications possibles à 12 semaines et moins vont de la rétention du produit de la conception aux lacérations du col, hémorragies, perforations et infections de l'utérus en passant par des complications secondaires tardives telle la stérilité. Les statistiques du Canada pour 1983 indiquent un taux officiel de complications de moins de 1% pour les femmes subissant un avortement au cours du 1er trimestre et de 11% au cours du second.[1] En conséquence, le CSF préconise que toutes les dispositions soient prises pour que l'avortement ait lieu dans les délais les plus brefs : information immédiate, accessibilité et proximité des services, délais de consultation, etc. L'expérience de la Suède, à cet égard, est intéressante puisqu'en prenant les mesures nécessaires pour favoriser l'accessibilité et l'information, on a réussi à baisser la moyenne nationale : en moyenne on pratique l'avortement à 9 semaines de grossesse. Au Canada, la moyenne étant d'environ 12 semaines, il faudrait pouvoir la réduire également à 9 semaines grâce à de telles mesures.

Mentionnons enfin que peu de femmes qui subissent un avortement connaissent les risques liés à l'intervention.

Le Conseil a également demandé que soit respecté le principe d'intégrité physique dans toutes les questions qui concernent la maternité, la

---

1. Voir Revue Châtelaine, mai 1987, "L'avortement ordinaire", témoignage du Dr Yves Lefebvre, p. 42.

grossesse et l'accouchement en prônant notamment l'humanisation et la démédicalisation des naissances. Il a aussi fait valoir, à maintes reprises, le maintien de la santé reproductive des femmes. Plus récemment, le Conseil a également invoqué le principe du respect de l'intégrité physique des femmes pour restreindre certaines pratiques reliées aux nouvelles technologies de la reproduction particulièrement éprouvantes : la stimulation hormonale, le prélèvement d'ovules, la laparoscopie, les techniques de diagnostic prénatal. L'énoncé de ce principe s'inscrit donc dans une ligne de cohérence dans les avis du Conseil. C'est pourquoi, le CSF a toujours insisté sur la nécessité d'obtenir des femmes un consentement éclairé tant sur la nature que sur les conséquences de toute intervention à être pratiquée sur leur corps. **C'est en ce sens, par exemple, que nous croyons préférable que les techniques les moins dommageables pour les femmes soient utilisées et que la recherche soit poursuivie pour assurer l'innocuité de cette intervention. En ce sens, il faudrait favoriser la pratique de l'avortement par dilatation-curetage plutôt que par induction. De plus, il faudrait que les actes médicaux plus complexes soient réservés au milieu hospitalier, comme l'avortement par induction, par injection saline ou par l'utilisation de tiges laminaires qui est pratiqué à partir de la seizième semaine. C'est aussi sur la base de ce principe d'intégrité physique que nous demandons que les femmes soient clairement informées des techniques utilisées pour l'avortement et de leurs conséquences. Nous recommandons enfin que les cliniques publiques et privées qui pratiquent l'avortement soient assujetties à une surveillance et un contrôle professionnel approprié afin que soient respectées les normes requises quant à la sauvegarde de l'intégrité physique des femmes (information, conseil, accompagnement des femmes, choix des techniques utilisées, suivi médical, etc.).**[1]

De plus, il faudrait de toute évidence faire en sorte que les jeunes filles et les femmes qui ont recours à des avortements soient mieux entourées et conseillées. Cette information s'impose d'autant plus

---

1. Voir à ce sujet les dispositions prises par le Collège des médecins et chirurgiens d'Ontario que nous résumons à l'annexe 1 de ce document.

dans le cas d'avortements répétés ou d'avortements tardifs. Le CSF recommande donc qu'un suivi soit accordé aux jeunes filles et aux femmes, en particulier celles qui sont sujettes à des récidives ou à des avortements tardifs, de façon à ce qu'elles assument de façon plus responsable la maîtrise de leur fécondité, dans leur vie sexuelle future, utilisent des méthodes contraceptives plus sûres et mieux adaptées et soient en mesure de prendre des décisions éclairées et le plus tôt possible quant à l'interruption de grossesse.

3.2 L'hypothèse de la protection du foetus

Dans le débat ayant cours sur l'avortement, une des hypothèses avancées est la nécessité que l'État accorde une protection au foetus. Les législations récentes en matière d'avortement adoptées dans différents pays occidentaux (France, États-Unis, Angleterre) tiennent compte du degré d'avancement de la grossesse et de développement du foetus. De plus, l'expérimentation et la recherche ainsi que le développement fulgurant des nouvelles technologies de la reproduction humaine posent des questions importantes sur le développement du foetus et sur la protection qui peut lui être accordée.

Des questions se posent à l'éthicien et au législateur et rappelons que les événements attendus sur la question de l'avortement dans l'affaire Borowski et le rapport de la Commission de réforme du droit du Canada porteront précisément sur cette délicate question de l'équilibre entre la protection du foetus et les droits de la femme enceinte.

Parce que les technologies nouvelles nous permettent d'avoir une connaissance de plus en plus fine du développement du foetus et de ses caractéristiques génétiques, notamment grâce au développement des techniques de diagnostic prénatal et par l'intermédiaire de la thérapie foetale pour corriger certaines malformations ainsi détectées, le foetus "in utero" devient progressivement un objet de la science médicale.

- Thérapies foetales

Le traitement des malformations foetales, tant médical que chirurgical, tente de combler la distance créée entre les capacités diagnostiques et thérapeutiques modernes. Il semble qu'un long chemin reste cependant encore à parcourir avant de pouvoir traiter une proportion importante de malformations foetales. À l'heure actuelle, seules certaines malformations foetales bien particulières sont susceptibles d'être corrigées avec succès[1]. Le caractère expérimental de ces techniques rend d'ailleurs difficiles à évaluer les risques qu'elles posent pour la santé du foetus et de la femme enceinte et leurs chances du succès à court et à long terme.

La pratique des thérapies foetales soulève certains problèmes éthiques nouveaux. Elle s'inscrit d'une part dans la logique d'une conception négative des malformations foetales et représente ainsi une alternative aux avortements sélectifs. Ces thérapies faisant, d'autre part, du foetus un patient au sens où elles centrent sur lui une attention médicale de plus en plus considérable, le bien-être foetal devient une préoccupation de la profession médicale qui se trouve divisée entre les soins qu'elle doit accorder au foetus et ceux que demande la femme enceinte[2]. La femme enceinte peut elle-même se trouver confrontée à certaines situations de conflit à l'intérieur desquelles elle doit

---

1. Jean-Martin LABERGE. Fetal surgery : Considering The Fetus as a Patient, Can. Fam. Physician, vol. 32, octobre 1986, p. 2099; voir également Recherche sur le diagnostic prénatal et recommandations du CSF sur les nouvelles technologies de reproduction, CSF, 1987, p. 22 et 23.

2. "Fetal surgery brings this issue into sharp focus, since access to the unborn child is possible only through invasive procedure applied to the mother's body. The physician is obligated by the traditional norms of practice to do no harm to any patients entrusted to her or his care (Vaux, 1974). Therefore, the decision to initiate treatment must be made with equal attention to preserving and enhancing the wellbeing of both the mother and the live fetus she carries." Caroline L. KAUFMANN et Paul R. WILLIAMS. Fetal Surgery : The Social Implications of Medical and Surgical Treatment of the Unborn Child, Women and Health, vol. 10(1), printemps 1985, p. 27.

trancher entre ses propres intérêts et ceux du foetus[1]. La possibilité d'intervenir médicalement ou chirurgicalement sur le foetus et son environnement est précisément à l'origine de ce genre d'interaction entre les intérêts foetaux et maternels.

L'existence de thérapies susceptibles de corriger certaines malformations foetales offre parfois à la femme enceinte confrontée à un diagnostic prénatal positif un choix nouveau. Informée de la possibilité d'une intervention médicale ou chirurgicale sur son foetus, du danger que celle-ci représente pour sa propre santé et de l'imprécision des risques et des taux de succès de ces procédures, la femme enceinte devra décider si elle consent ou refuse à ce que de telles interventions soient pratiquées sur elle. Le contexte nouveau créé par l'avènement des thérapies foetales fait des médecins les porte-parole des intérêts médicaux du foetus; ces derniers définissent une certaine "normalité" médicale à laquelle le foetus doit se conformer et au nom de laquelle la femme enceinte peut décider de subir certaines interventions médicales ou chirurgicales. La femme enceinte, dans sa décision de recourir ou non à des thérapies pour corriger les malformations de son foetus, doit ainsi composer avec certaines recommandations médicales supportant les intérêts foetaux. Les thérapies foetales attribuant progressivement au foetus un statut de patient, ses intérêts médicaux prennent, aux yeux de la profession médicale, de plus en plus d'importance. Le choix qu'offrent les thérapies foetales est donc, dans une certaine mesure, tronqué, du fait que celles-ci peuvent créer autant de nouvelles obligations pour la femme enceinte que de nouvelles expressions de son autonomie.

---

1. "[...] most fetal treatments entail material risks primarily to the fetus. The maternal risks are relatively minor compared to the fetal risks. Any decision making processes involved in the weighing of relative risk may bias medical decision in favor of intervention on behalf of the fetus. On the other hand, the uncertainty in calculating benefits counterbalances the penchant to initiate treatment. The probability in calculating immediate favorable outcomes is still less than 50% for many procedures, while the long term outcomes remain unknown (Harrison et al., 1982)." Caroline L. KAUFMANN et Paul R. WILLIAMS. Women and Health, p. 27 et 28.

Les thérapies foetales manifestent un intérêt pour le bien-être foetal qui, poussé à la limite, peut mettre en péril la liberté de la femme enceinte en justifiant des interventions visant à restreindre et à contrôler son comportement durant la grossesse. S'il n'existe pas encore, à notre connaissance, de jugement légal forçant une femme enceinte à subir des interventions médicales ou chirurgicales visant à corriger des malformations foetales, certains tribunaux canadiens et américains se sont déjà inspirés du respect pour la vie foetale ou de lois provinciales de la protection de la jeunesse pour imposer des césariennes à des femmes enceintes.

La législation canadienne en matière d'avortement ne fournissait guère d'indication sur la manière de résoudre d'éventuels conflits entre les intérêts de l'État pour la vie foetale et les intérêts maternels.[1] Les juges canadiens n'ont d'ailleurs pas encore eu à se prononcer directement sur cette question. Ils ont toutefois, à deux reprises, déterminé que le foetus avait droit à un protection légale en vertu des différentes législations provinciales sur la protection de la jeunesse.[2] Les jugements canadiens sur cette question font en effet appel aux lois provinciales sur la protection de la jeunesse pour limiter des comportements maternels mettant en péril la sécurité du foetus. Si ce droit du foetus à une certaine protection légale est subordonnée au fait qu'il soit viable à la naissance, de tels exemples de jurisprudence

---

1. "Canadian abortion law does not provide any clear or obvious guidance in resolving potential conflicts between the pregnant woman's wishes and state or professional interest in her conduct." Fetal Rights and Maternal Rights : Is There a Conflict?, Sanda Rodgers, La femme et la reproduction, Revue juridique, La femme et le droit, vol. 1, n° 2, 1986, p. 463.

2. "Canadian judges have not yet had to rule directly on the precise question of involuntary medical treatment of a pregnant woman in the interests of her unborn child. However, several Canadian judges have determined that the unborn fetus is entitled to claim protection under child welfare legislation. The Canadian cases generally involve drug or alcohol addicted women. The finding that a fetus falls within the parameters of child welfare legislation has, in each case, been made in the context of neglect proceedings that have been brought on behalf of children who were subsequently born alive." Ibid., Sanda Rodgers, p. 467-468.

soulignent bien que le statut d'enfant qui est alors légalement accordé au foetus donne à l'État le pouvoir de limiter l'autonomie maternelle et de porter atteinte à son intégrité physique.

Les exemples récents de césarienne et d'hospitalisation forcées en Colombie Britannique et en Ontario illustrent bien cet état de choses. Une cour ontarienne ordonna ainsi à une femme enceinte couchant dans un garage et dont le comportement était jugé dangereux pour sa santé et celle de son foetus une hospitalisation présumément nécessaire pour son évaluation psychiatrique. Plus récemment, une héroïnomane de la Colombie Britannique subissait, contre son gré, une césarienne visant à préserver la vie de son foetus. L'obstétricien suivait alors les conseils d'un travailleur social du gouvernement qui lui recommandait de mettre tout en oeuvre pour assurer la protection du foetus. La Cour suprême de la Colombie Britannique a déterminé, il y a quelques semaines, l'illégalité de ce genre d'intervention.[1] Il faut noter que ces interventions juridiques sont amenées par l'existence de certains cas limites. Il faut par ailleurs considérer ici encore que la notion de responsabilité est importante et que la femme est en général la mieux placée pour prendre les décisions en fonction du mieux-être du foetus qu'elle porte en elle.

---

1. "During a 1982 wardship hearing, Kenora district judge William Bradley says an infant born with fetal alcohol syndrome was in need of protection "prior to birth" because its mother drank excessively. On the heels of his comments, B.C. Supreme Court judge Patricia Proudfoot ruled that "it would be impossible to come to any other conclusion than that a drug-addicted baby is born abused."

   et

   "The Baby R (Colombie Britannique) and Belleville (Ontario) situations relied on child-welfare laws to protect the fetus. But some legal observers say that may have stretched too far the definition of a "child" for the purpose of protecting the unborn." Protecting The Fetus : How Far Can The State Go?, Dorothy Lipovenko, The Globe and Mail, samedi 1er août 1987.

   Plus récemment,

   Custody Seizure of Unborn Baby Ruled Unlawful, The Globe and Mail, mercredi, 10 août 1988.

- Le développement du foetus et la notion de limite

La valeur morale accordée au foetus semble prendre progressivement plus d'importance au fur et à mesure que celui-ci se développe. Faut-il déduire de cette valeur morale qu'une protection du foetus par l'État est également progressivement nécessaire au fur et à mesure que se poursuit la grossesse? Ou, au contraire, faut-il reconnaître que cette importance morale que le foetus acquiert progressivement n'implique pas la nécessité d'une telle protection au sens où la femme enceinte demeure, de façon prioritaire, la seule personne responsable de son corps et de ses choix en matière d'avortement? Voilà les questions auxquelles il faut réfléchir non seulement dans l'analyse de la question de l'avortement, mais également au niveau des conséquences d'une telle protection sur les droits des femmes.

Pour sa part, la juge de la Cour suprême, Bertha Wilson, dans son jugement sur l'affaire Morgentaler qui, rappelons-le, ne concerne que l'avortement[1], soumet que "la valeur attribuée au foetus en tant que vie potentielle est directement reliée au stade de son développement au cours de la grossesse. Le foetus au stade embryonnaire provient d'un ovule nouvellement fécondé; le foetus totalement développé devient en définitive un nouveau-né. Le développement progresse entre ces deux extrêmes et il influe directement sur la valeur à attribuer au foetus en tant que vie potentielle". On devrait donc, selon elle, considérer le foetus en termes de développement et de phases. Cette conception du foetus appuie une approche permissive de l'avortement dans les premiers stades de la grossesse où l'autonomie de la femme serait absolue et une approche restrictive dans les derniers stades où l'intérêt qu'a l'État de protéger le foetus justifierait l'imposition de conditions.

---

1. Précisons toutefois que ce jugement ne portait pas sur le statut du foetus.

On constate de cet extrait du jugement que la notion de limite par la recherche d'un équilibre entre la protection du foetus et les droits à l'intégrité et à la sécurité de la mère est une préoccupation importante des juges de la Cour suprême du Canada.

Toutefois, il ne faudrait surtout pas oublier qu'en accordant une protection au foetus, des conflits risquent de survenir opposant ce droit à une protection "à tout prix" aux droits de la mère. Ainsi, au-delà d'une limite ainsi déterminée, pourrait-on obliger une femme à demeurer couchée, à être hospitalisée ou dans des cas limites à arrêter de fumer au nom de ce droit à la protection du foetus? Pourrait-on, toujours en vertu de ce droit, intervenir chirurgicalement in utero sur le foetus et ce, malgré le refus ou l'absence de consentement de la mère et même si cette intervention s'avérait dangereuse pour sa santé? Il en est de même dans les cas de césariennes forcées ou pour soumettre les femmes à un diagnostic prénatal.

Dans un tel contexte, les principes d'intégrité et de sécurité de la femme enceinte doivent-ils prévaloir? On peut prétendre que l'individualité de la mère l'emporte sur celle du foetus et, surtout, que dans toutes circonstances la mère demeure la mieux placée, lorsque bien informée, pour se faire l'interprète du bien-être de l'enfant qu'elle porte. Ainsi, les principes de responsabilité à l'égard d'un être humain en devenir et d'intégrité physique et psychologique de la mère sont présents et doivent être priorisés en regard d'une éventuelle protection accordée par l'État au foetus.

Des questions légales et morales importantes se posent quant au fragile équilibre entre le développement du foetus et le corps de la mère. Le débat reste difficile à trancher et les limites ne peuvent être établies sans équivoque. La décision d'accorder une certaine protection légale au foetus à un moment particulier de la grossesse ou à un stade précis du développement foetal pose avec acuité le problème de la justification morale de tels choix. La grossesse et le développement

foetal peuvent être divisés en plusieurs stades différents. La croissance du foetus dans l'utérus est en effet marquée par l'apparition de plusieurs caractéristiques biologiques nouvelles. Chacun de ces stades de développement de la grossesse peut, selon l'identité attribuée au foetus et les caractéristiques jugées nécessaires à l'acquisition de cette identité, servir à attribuer au foetus une importance morale particulière. Selon certaines hypothèses, cette importance morale peut même justifier une limite légale au recours de la femme enceinte à l'avortement.

La viabilité foetale représente ainsi un stade du développement de la grossesse auquel un intérêt moral particulier a souvent été attribué. Elle ne constitue cependant pas le seul stade du développement foetal pouvant jouer ce rôle. La décision d'attribuer au foetus une importance morale particulière à un certain stade de son développement s'inspire à la fois de l'identité attribuée à celui-ci et des caractéristiques, biologiques ou autres, jugées nécessaires à l'acquisition de cette identité. Cette décision demeure ainsi arbitraire au sens où elle s'appuie sur certaines présuppositions en ce qui a trait à l'identité foetale et au statut moral qui lui est rattaché. Un tel arbitraire ne signifie cependant pas qu'une telle décision ne peut être prise.

Rappelons toutefois qu'une telle définition du statut moral du foetus, aussi arbitraire soit-elle, doit tenir compte du contexte à l'intérieur duquel s'exercent les droits et les responsabilités de la femme enceinte. Cette définition doit ainsi reconnaître une priorité aux droits de celle-ci à son autonomie reproductive et au respect de son intégrité physique. Le CSF est d'avis qu'une information et un suivi adéquat aidera les femmes concernées à prendre des décisions responsables touchant leur grossesse.

À la lumière de ces considérations et en conformité avec les positions qu'il a défendues en regard de l'autonomie reproductive des femmes et de leur intégrité physique, le CSF craint qu'une protection du foetus par l'État puisse servir à justifier des interventions médicales forcées sur des femmes enceintes.

Rappelons pour terminer que les femmes concernées ne prennent généralement pas à la légère la décision d'avoir recours à un avortement. Les femmes enceintes reconnaissent la valeur du foetus qu'elles portent et ce sentiment s'accentue au fur et à mesure que la grossesse progresse. Le faible taux d'avortements tardifs (3,4%) témoigne de la réticence des femmes à recourir à des avortements à un stade avancé de la grossesse. Leur réticence est d'autant plus grande que des avortements tardifs représentent un danger plus considérable pour leur santé. Il y a lieu de croire que leur recours à des avortements à un stade avancé de la grossesse se fonde alors sur des motifs très sérieux.

En conséquence :

Le Conseil ne croit pas nécessaire de retenir l'hypothèse d'une protection légale du foetus par l'État. Il croit préférable de favoriser l'établissement de conditions propices à la prise de décision responsable des femmes en la matière. Ces conditions devraient limiter d'autant le recours des femmes à des avortements tardifs. Dans l'atteinte d'un tel objectif, le Conseil croit qu'un encadrement adéquat des services d'avortement donnera de meilleurs résultats qu'une criminalisation.

3.3 Quelques propositions d'action

Les principes que nous venons d'évoquer conduisent le CSF à formuler les propositions suivantes concernant la définition et l'organisation des services d'avortement. Les voici :

- En regard de l'autonomie reproductive des femmes : dans une perspective globale de maîtrise de la fécondité, l'avortement ne constitue pas une méthode contraceptive mais une intervention de dernier recours à l'égard d'une grossesse non désirée; dans cette perspective, le Conseil recommande au Gouvernement du Québec de prendre les mesures afin :

  - de privilégier et accentuer le développement de services d'éducation sexuelle, de services de consultation, de formation et d'information nécessaires afin de permettre aux jeunes filles et aux femmes, mais également aux garçons et aux hommes de développer des comportements responsables dans le domaine de la sexualité, de la prévention et du planning des naissances;

  - d'encourager la recherche et le développement de méthodes contraceptives plus efficaces, moins dommageables et les rendre accessibles plus facilement aux femmes et aux hommes;

  - que, dans tous les établissements où ils existent (CLSC, centres hospitaliers, cliniques, centres de santé de femmes), les services d'avortement soient intégrés à des services de planning familial (contraception, infertilité, stérilisation et avortement) afin de donner aux filles et aux femmes des moyens efficaces pour qu'elles en viennent à mieux contrôler leur fécondité, suite à un avortement, par exemple, et d'éviter ainsi de possibles récidives;

  - qu'on améliore l'encadrement et le support apportés aux jeunes filles et aux femmes aux prises avec une grossesse non planifiée afin de leur permettre de faire un choix éclairé, d'éviter les décisions tardives, de les soutenir et les conseiller si elles décident d'interrompre leur grossesse ou de la mener à terme;

  - qu'on mène une campagne d'information et de formation auprès des adultes, hommes et femmes, en particulier des éducateurs et des parents, afin qu'ils assument une attitude responsable et soient en mesure de mieux former les jeunes en cette matière.

- En regard de l'intégrité physique de la mère : la préservation de la sécurité de la mère est un principe important quand il s'agit d'actes médicaux; dans cette perpective, le Conseil recommande au Gouvernement du Québec de prendre les mesures afin :

  - de raccourcir les délais pour l'obtention d'un avortement et favoriser une meilleure information et une plus grande accessibilité des services d'avortement au cours du premier trimestre dans toutes les régions du Québec.

  - que les actes médicaux soient pratiqués dans le plus grand respect de l'intégrité physique des femmes et que l'on évite autant que possible d'utiliser des techniques lourdes (anesthésie, curetage...) pour la pratique d'avortements au cours du premier trimestre;

  - que, par la recherche et l'expérimentation, on favorise le développement et la généralisation de méthodes d'avortement de plus en plus légères et de moins en moins dommageables pour les femmes, particulièrement en ce qui concerne les avortements tardifs;

  - que, dans tous les établissements où on pratique des avortements, on informe adéquatement les femmes en regard des pratiques médicales utilisées et de leurs effets sur leur santé.

- En regard d'un encadrement de la pratique de l'avortement : l'État a la responsabilité d'assurer l'accès aux divers services de santé. Le Conseil recommande au Gouvernement du Québec de prendre les mesures afin :

  - que l'obligation soit faite aux établissements ainsi qu'aux professionnels offrant des services d'avortement :

    - d'informer les femmes sur les ressources alternatives existant dans leur région : groupes de support, soutien aux adolescentes en difficulté, possibilités d'adoption, etc;

    - d'informer les femmes sur les méthodes d'avortement, les pratiques médicales ainsi que sur les risques reliés à l'intervention;

    - d'accorder un suivi aux femmes qui ont subi un avortement concernant l'utilisation de méthodes contraceptives adéquates pour mieux assurer la maîtrise de leur fécondité.

- que, dans le but d'assurer la protection de la santé de la mère, les services d'interruption de grossesse au-delà de la douzième semaine soient dispensés exclusivement en centre hospitalier, étant donné qu'ils exigent un appareillage plus sophistiqué et un suivi médical plus important;

- que les cliniques privées et publiques et les centres hospitaliers qui pratiquent l'avortement soient l'objet d'un contrôle professionnel concernant les services médicaux et le suivi qu'ils accordent aux femmes.

. En regard de l'accessibilité régionale :

- que, dans toutes les régions administratives du Québec, on planifie une gamme de services d'avortement adéquats (CLSC, centres de santé, cliniques, centres hospitaliers) pour répondre aux divers besoins des femmes afin de diminuer les retards indus et les coûts indirects importants occasionnés par les déplacements dans un grand centre.

CONCLUSION : REPRISE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS

La question de l'avortement au Québec se situe dans un contexte juridique nouveau. Dans cette optique, le CSF a considéré primordial de reprendre sa réflexion sur cette question. Tout en analysant les conséquences du jugement de la Cour suprême (invalidation de l'article 251), le CSF juge nécessaire de prendre position contre une recriminalisation éventuelle de l'avortement. De plus, il a tenu à examiner l'état des services d'avortement actuellement offerts au Québec : accessibilité, financement, fréquence des avortements, problématique des jeunes. Suite à cet examen, le CSF fait des propositions visant à réactualiser les grands principes qu'il défend en regard de la santé des femmes : principes d'autonomie reproductive et d'intégrité physique. Enfin, le CSF établit une distinction claire entre la valeur morale du foetus et sa protection par l'État. Il rejette l'hypothèse d'une protection légale du foetus estimant que l'objectif poursuivi, soit la diminution du nombre des avortements, pourrait être atteint plus sûrement grâce à d'autres moyens moins préjudiciables aux femmes. Dans cette perspective, le CSF préconise une approche privilégiant les droits et la responsabilité des femmes en matière d'avortement et recommande des mesures visant l'encadrement des services, l'information et l'accessibilité dans le but de permettre aux femmes d'exercer ces droits et ces responsabilités. Voici donc en terminant l'ensemble des propositions retenues par le CSF :

- **Le Conseil du statut de la femme demande, suite au jugement de la Cour suprême, que soit maintenu, amélioré et consolidé le réseau de services d'avortement offerts dans les CLSC et les centres de santé de femmes de façon à offrir des services d'avortement accessibles dans les diverses régions du Québec. Ces services devront être planifiés de façon à compléter la gamme des services offerts en milieu hospitalier.**

. **En regard de la décriminalisation**

- **Le Conseil du statut de la femme demande que les centres hospitaliers se conforment aux nouvelles dispositions législatives suite à l'invalidation de l'article 251 en abolissant leur comité d'avortement thérapeutique et recommande que des directives soient émises afin que les avortements soient accordés aux femmes qui le demandent et soient accessibles comme tout autre acte médical dans les centres hospitaliers du Québec.**

. **En regard d'une criminalisation éventuelle**

- **Le CSF considère** qu'en prohibant l'avortement, le but ultime est d'en réduire la fréquence et que ce but n'a manifestement pas été atteint par une disposition d'ordre criminel, que cette prohibition encourage les avortements clandestins, ce qui a des effets négatifs importants : accroissement de la mortalité, de la morbidité, infertilité accrue, problèmes de santé mentale, augmentation des avortements tardifs...

- **En conséquence, le CSF est d'avis que le Parlement fédéral ne devrait pas intervenir dans ce domaine en criminalisant à nouveau l'avortement.**

LE CSF RECOMMANDE AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :

. **En regard du principe d'autonomie reproductive :**

- **de privilégier et accentuer le développement de services d'éducation sexuelle, de services de consultation, de formation et d'information nécessaires afin de permettre aux jeunes filles et aux femmes, mais également aux garçons et aux hommes de développer des comportements responsables dans le domaine de la sexualité, de la prévention et du planning des naissances;**

- **d'encourager la recherche et le développement de méthodes contraceptives plus efficaces, moins dommageables et les rendre accessibles plus facilement aux femmes et aux hommes;**

- que, dans tous les établissements où ils existent (CLSC, centres hospitaliers, cliniques, centres de santé de femmes), les services d'avortement soient intégrés à des services de planning familial (contraception, infertilité, stérilisation et avortement) afin de donner aux filles et aux femmes des moyens efficaces pour qu'elles en viennent à mieux contrôler leur fécondité, suite à un avortement, par exemple, et d'éviter ainsi de possibles récidives;

- qu'on améliore l'encadrement et le support apportés aux jeunes filles et aux femmes aux prises avec une grossesse non planifiée afin de leur permettre de faire un choix éclairé, d'éviter les décisions tardives, de les soutenir et les conseiller si elles décident d'interrompre leur grossesse ou de la mener à terme;

- qu'on mène une campagne d'information et de formation auprès des adultes, hommes et femmes, particulièrement auprès des éducateurs et des parents, afin qu'ils assument une attitude responsable et soient en mesure de mieux former les jeunes en cette matière.

. <u>En regard du principe d'intégrité physique</u> :

- de raccourcir les délais pour l'obtention d'un avortement et favoriser une meilleure information et une plus grande accessibilité des services d'avortement au cours du premier trimestre dans toutes les régions du Québec.

- que les actes médicaux soient pratiqués dans le plus grand respect de l'intégrité physique des femmes et que l'on évite autant que possible d'utiliser des techniques lourdes (anesthésie, curetage...) pour la pratique d'avortements au cours de premier trimestre;

- que, par la recherche et l'expérimentation, on favorise le développement et la généralisation de méthodes d'avortement de plus en plus légères et de moins en moins dommageables pour les femmes, particulièrement en ce qui concerne les avortements tardifs;

- que, dans tous les établissements où on pratique des avortements, on informe adéquatement les femmes en regard des pratiques médicales utilisées et de leurs effets sur leur santé.

- En regard d'un encadrement de la pratique de l'avortement :

  - que l'obligation soit faite aux établissements ainsi qu'aux professionnels offrant des services d'avortement :

    - d'informer les femmes sur les ressources alternatives existant dans leur région : groupes de support, soutien aux adolescentes en difficulté, possibilités d'adoption, etc.;

    - d'informer les femmes sur les méthodes d'avortement, les pratiques médicales ainsi que sur les risques reliés à l'intervention;

    - d'accorder un suivi aux femmes qui ont subi un avortement concernant l'utilisation de méthodes contraceptives adéquates pour mieux assurer la maîtrise de leur fécondité.

  - que, dans le but d'assurer la protection de la santé de la mère, les services d'interruption de grossesse au-delà de la douzième semaine soient dispensés exclusivement en centre hospitalier, étant donné qu'ils exigent un appareillage plus sophistiqué et un suivi médical plus important;

  - que les cliniques privées et publiques et les centres hospitaliers qui pratiquent l'avortement soient l'objet d'un contrôle professionnel concernant les services médicaux et le suivi qu'ils accordent aux femmes.

- En regard de l'accessibilité régionale :

  - que, dans toutes les régions administratives du Québec, on planifie une gamme de services d'avortement adéquats (CLSC, centres de santé, cliniques, centres hospitaliers) pour répondre aux divers besoins des femmes afin de diminuer les retards indus et les coûts indirects importants occasionnés par les déplacements dans un grand centre.

ANNEXE 1

Standards médicaux pour la pratique de l'avortement (Ontario)

En Ontario, le Collège des médecins et chirurgiens a établi des "standards médicaux pour la pratique des avortements" dans cette province. Contenus dans un court document de deux pages et demie, ils seront envoyés aux 23 000 médecins de la province. Voici quels sont ces stadards établis par un comité de gynécologues :

- la sécurité de la femme enceinte est de toute première importance lorsqu'il est question d'un avortement;
- une patiente qui éprouve des doutes à l'égard du recours à l'avortement devrait être pleinement informée des autres options disponibles;
- de l'information sur la contraception devrait être offerte. L'utilisation future de méthodes contraceptives ne devrait cependant pas être une condition requise pour avoir accès aux services d'avortement;
- toutes les cliniques privées devraient être situées près d'un hôpital pour pouvoir faire face aux situations d'urgence;
- l'aspiration-curetage est la méthode d'avortement devant être utilisée avant la treizième semaine de grossesse. La dilatation et l'évacuation ou l'injection d'une substance provoquant l'avortement devraient être employées après la treizième semaine;
- lorsqu'un avortement tardif donne naissance à un foetus vivant, les médecins doivent être conscients des législations fédérales et provinciales qui peuvent leur imposer des devoirs supplémentaires; par exemple, à partir de la vingtième semaine, le foetus peut venir au monde viable; l'opinion générale veut qu'un médecin ait l'obligation d'utiliser toutes les ressources disponibles pour le maintenir en vie.